

PROTHESES VALVULAIRES CARDIAQUES

Anatomopathologie de 64 cas

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Yves BEYELER

de

VERNIER (Genève)

Thèse No 3565

Texte condensé de la thèse No 3565, approuvée par la Faculté de médecine. Des copies en microfilms du texte complet peuvent être obtenues auprès de la Bibliothèque publique et universitaire de Genève. Le texte complet peut être consulté à cette bibliothèque ou à la Bibliothèque nationale suisse à Berne.

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1977

PROTHESES VALVULAIRES CARDIAQUES

Anatomopathologie de 64 cas

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Yves BEYELER

de

VERNIER (Genève)

Thèse No 3565

Texte condensé de la thèse No 3565, approuvée par la Faculté de médecine. Des copies en microfilms du texte complet peuvent être obtenues auprès de la Bibliothèque publique et universitaire de Genève. Le texte complet peut être consulté à cette bibliothèque ou à la Bibliothèque nationale suisse à Berne.

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1977

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Yusuf Kapanci, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 21 janvier 1977

Le doyen :
Marcel Jenny

Thèse No 3565



Je remercie vivement le docteur J. Cox, instigateur de ce travail, pour son aide indispensable et ses encouragements.

Je remercie également le professeur Y. Kapanci, le professeur E. Wildi et Monsieur R. Lang de leurs précieux conseils.

J'exprime enfin ma gratitude à Mesdemoiselles C.-L. Seignemartin et J. Stalder ainsi qu'à Messieurs E. Denkinger et J.-C. Rumbeli pour leur collaboration.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Introduction

- Nous avons étudié les dossiers et revu les coupes histologiques de 64 cas de remplacement valvulaire cardiaque par valve artificielle autopsiés dans le Département de Pathologie de l'Université de Genève entre 1967 et 1974.
- Quarante patients sont décédés dans les 30 jours suivant l'opération et forment le groupe No 1 des décès précoces. Vingt-quatre patients ont survécu plus de 30 jours et jusqu'à 7 ans après l'opération et forment le groupe No 2 des décès tardifs. Une cause principale de mort a été attribuée à chaque cas. Une attention particulière a été donnée à l'examen du coeur, des artères pulmonaires, du cerveau et des reins.

Groupe No 1

- Le groupe No 1 des décès précoces est caractérisé par la grande fréquence des lésions myocardiques de type ischémique étendues ou multifocales survenant en présence d'artères coronaires normales. Ces lésions sont mises en relation avec le syndrome de petit débit compliquant souvent les opérations. Nous les expliquons par un déficit énergétique de la cellule cardiaque au cours de la circulation extra-corporelle. Elles sont considérées dans cette série comme responsables du décès dans 63 % des cas.
- Les atteintes des faisceaux de conduction sont nombreuses (23 % du groupe) et responsables du décès dans 8 % des cas.
- Trois jeunes patients décèdent précocement en insuffisance cardiaque alors que leur myocarde montre des signes d'une activité rhumatismale non soupçonnée dans la phase pré-opératoire.

- Les autres causes de mortalité dans ce groupe sont : deux cas de fibrose myocardique antérieure à l'intervention, une endocardite aiguë, une myocardite aspécifique, une embolie cérébrale, une nécrose cérébrale après arrêt cardiaque et une bronchopneumonie.
- Nous mettons en évidence des lésions cérébrales aiguës sous forme de ramollissement frais ou de micropétéchies.
- Il n'existe qu'un cas d'hémosidérose rénale.

Groupe No 2

- Les endocardites bactériennes ou mycotiques représentent la principale cause de décès tardif (46 % du groupe). Elles entraînent des complications de prothèse par thrombose ou désinsertion. Les germes responsables, souvent difficiles à mettre en évidence, peuvent ne se disposer qu'en profondeur des végétations thrombotiques, expliquant ainsi la fréquente négativité des hémocultures pratiquées par les cliniciens. Dans au moins deux cas de ces endocardites, nous relevons un traitement dentaire antérieur sans administration préventive d'antibiotique.
- L'existence d'une fibrose myocardique multifocale en présence d'artères coronaires normales entraîne une décompensation cardiaque progressive et fatale chez 3 patients (13 % du groupe). L'aspect du tissu myocardique de ces cas suggère un état séquellaire faisant suite aux lésions ischémiques observées dans le groupe des décès précoces.
- Les autres causes de mortalité dans ce groupe sont : une embolie cérébrale, une cardiomyopathie obstructive, une anoxie cérébrale après arrêt cardiaque précoce, une hépatite fulminante et quatre cas d'affections intercurrentes sans relation directe avec la présence de la prothèse valvulaire.

- Les lésions cérébrales observées correspondent à des séquelles d'anciens ramollissements.
- 42 % des cas montrent une hémosidérose rénale.

Dans les deux groupes, et en excluant les cas d'endocardite, les décès par accident thrombo-embolique ou par complication de prothèse (désinsertion, malposition, blocage, altération de la bille) sont rares en opposition avec les résultats d'autres études anatomo-pathologiques comparables.

Les images d'hypertension artérielle pulmonaire sont statistiquement plus fréquentes dans le groupe No 1 des décès précoces que dans le groupe No 2 des décès tardifs. Nous en concluons que l'hypertension pulmonaire est un facteur de risque, prédisposant à un décès dans la période postopératoire.

Les complications décrites sont discutées et confrontées aux résultats d'autres séries d'autopsies avec une revue de la littérature.

